نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره هفتم، بهار ۱۴۰۲، شماره اول، صفحات ۳۷ تا ۴۴

پژوهشی

# کاربست مدل فرایندی پایش عملکرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی

ناهید چزانی شراهی[۱]، خلیل علی محمدزاده[۲*]، جواد نظری[۳]، علی علیمحمدی[۴]، عباس اسماعیلی[۵]

۱. دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران
۲. *نویسنده مسئول: استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری اقتصادسلامت، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، ایران، Alimohamadzadeh@iautmu.ac.ir
۳. استادیار گروه اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۴. استادیار پزشکی قانونی و سم‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۵. پزشکی عمومی، معاون فنی مرکز بهداشت استان، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۰/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۱/۲۸

## چکیده

**زمینه و هدف:** اندازه‌گیری عملکرد سیستم PHC، اولین گام حیاتی شناسایی زمینه‌هایی برای اصلاحات است. بنابراین این مطالعه با هدف طراحی و به‌کارگیری مدل فرایندی پایش عملکرد در نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه استان مرکزی انجام گرفت.

**روش:** این پژوهش یک مطالعه کاربردی از نوع کیفی بوده است. شواهد مربوط به اندازه‌گیری عملکرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی از طریق انجام مرورگسترده متون استخراج شد. سپس مدل پایش مراقبت‌های اولیه بهداشتی با مصاحبه نیمه ساختار یافته از طریق سؤالات باز با اجماع نظر خبرگان طراحی شد. مدل پیشنهادی قبل از اجرا و پس از کاربست مورد ارزیابی قرارگرفت.

**یافته‌ها:** مدل فرایندی پایش عملکرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی درهفت فاز، طراحی و به‌کارگیری شد. این مدل دارای داشبورد گزارش‌گیری برای تصمیم‌گیری‌های مدیریتی می‌باشد.

**نتیجه‌گیری:** باتوجه به اینکه شیوه‌های رایج پایش مراکز بهداشتی درمانی در دانشگاه های علوم پزشکی کشور از مدل علمی پیروی نمی‌کند در این راستا تعیین ابعاد مختلف و بررسی وضعیت آن در جهت شناخت نقاط ضعف و قوت و اقدام در جهت اثربخش کردن این فرآیند مهم مدیریتی بسیار ضروری است.

**کلیدواژه‌ها:** ارزیابی نتایج و فرایند مراقبت‌های بهداشتی، ایران، عملکرد کاری، مراقبت بهداشتی اولیه

## مقدمه

مراقبت‌های بهداشتی اولیه به عنوان فراگیرترین و کارآمدترین رویکرد، برای پیشرفت به سوی پوشش همگانی سلامت (UHC) باید تقویت شود(۱). مراقبت بهداشتی اولیه می‌تواند تداوم اولین تماس با خدمات مراقبتی ترویجی، پیشگیرانه، تشخیصی، درمانی، توانبخشی و تسکینی باشد که در طول دوره زندگی ارائه می‌شود(۲).

کشورها اغلب فاقد اطلاعات لازم برای مشخص کردن نقاط ضعف، شناسایی نقاط قوت و بهبود سیستم‌های PHC هستند(۳). برای این کار اندازه‌گیری عملکرد خدمات مراقبت‌های اولیه نقش اساسی دارد(۲). اندازه‌گیری عملکرد سیستم PHC ،اولین گام حیاتی برای شناسایی زمینه‌هایی برای اصلاحات است که عملکرد را تقویت و اثرات این اصلاحات بر بهبود مستمر عملکرد را ارزیابی می‌کند(۳).

پیشرفت‌های فناوری‌های سلامت، افزایش تقاضا، کمبود منابع، رشد انتظارات مشتریان، افزایش رقابت و همچنین نگرانی ها درخصوص ایمنی و کیفیت خدمات بهداشتی درمانی موجب اهمیت وافر اندازه‌گیری عملکرد در سازمان‌های بهداشتی درمانی شده است(۴).

به منظور سنجش میزان پیشرفت در مسیر نیل به پوشش همگانی سلامت، پایش فعالیت‌های بهداشتی باید مد نظر قرار گیرد چراکه از آن به عنوان یکی از اجزای محوری و اصلی نظام پوشش همگانی سلامت یاد شده است(۵).

پایش از ارکان اصلی مدل حاکمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه کشورما می‌باشد. رکن پایش برای ارتقای وضع فعلی و اندازه‌گیری عملکرد واحدهای مراقبت بهداشتی درمانی در نظر گرفته شده است.

پایش (Monitoring)، یک عمل مدیریتی مداوم است که هدف آن فراهم کردن پسخوراند منظم و نشانگرهای ساده از پیشرفت و یا فقدان پیشروی دردستیابی به نتایج مورد نظر برای مدیران و شرکای اصلی آنها



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21 ]

[ DOI: 10.22034/7.1.6 ]

می‌باشد. پایش، عملکرد واقعی را در مقایسه با طراحی اولیه یا مورد انتظار، براساس استانداردهای از پیش تعیین شده نشان می‌دهد. نظارت (Supervision) سطوح ستادی بر سطوح محیطی، تنها یکی از شیوه‌های پایش است(۶).

مدیریت مؤثر منابع انسانی مستلزم این است که کارکنان بدانند دقیقا چه وظایفی از آن‌ها انتظار می‌رود، ضمن اینکه مهارت‌ها و منابع لازم برای اجرای این وظایف را در اختیار داشته باشند و بازخوردی دریافت کنند که به آن‌ها در بهبود عملکردشان کمک کند(۷). نظارت محور این امر مهم است. نظارت در حل مسائل، بهبود کیفیت، حمایت، راهنمایی و بازخورد به کارکنان، نقش اساسی ایفا می‌کند. نظارت از سطوح بالاتر و سطوح پایین‌تر خدمات به‌طور وسیعی به عنوان سازوکاری برای حمایت از کارکنان و بهبود کیفیت مراقبت‌ها مطرح شده است(۸). سازمان جهانی بهداشت در سند منتشر شده در سال ۲۰۱۶ با عنوان استراتژی جهانی منابع انسانی سلامت (نیروی کار ۲۰۳۰ ) نیز نظارت حمایتی را به عنوان یکی از فرآیندهای لازم برای بهینه سازی رضایت‌مندی، انگیزش، نگهداری، توزیع عادلانه و عملکرد کارکنان بهداشتی اعلام کرد(۹).

با توجه به اینکه، بهبود و ارتقای کیفیت ، مستلزم بررسی مستمر وضعیت موجود، شناخت نقاط قوت و اصلاح نقاط ضعف است. در این رابطه، نظرات و ایده‌های گروه هدف ارزیابی عملکرد می‌تواند راهگشای برنامه‌های آینده باشد(۱۰). اولین گام در فرایند برنامه‌ریزی، شناسایی نیازها و اولویت بندی آن هاست، که اگر این مرحله به خوبی و به درستی انجام شود، اجرای فرایندهای توسعه راحت‌تر و مؤثرتر خواهد بود(۱۱)

در کشورهایی با درآمد کم و متوسط، سیاست‌ها و اصلاحات سیستم مورد نیاز، برای توسعه نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه جامع‌تر و پاسخگوتر، باید با شواهد و مدارک مناسب پشتیبانی شوند(۱۲).

با توجه به مطالعات خارجی و داخلی صورت گرفته توسط Bitton و همکاران(۳)، فکری (۱۳)، شیروانی (۱۴)، ملکی و همکاران (۱۵)، کریمی و همکاران (۱۶)، فرح آبادی وهمکاران(۱۷)، بر وجود ضعف مفرط در سیستم اندازه‌گیری عملکرد در عرصه مراقبت‌های بهداشتی اولیه تأکید دارند. همچنین مطالعات متعدد در طیف وسیعی از کشورها نشان داده، که نظارت اغلب ضعیف، بی‌نظم، غیرحمایتی و تضعیف‌کننده انگیزه‌ها بوده است(۱۸).

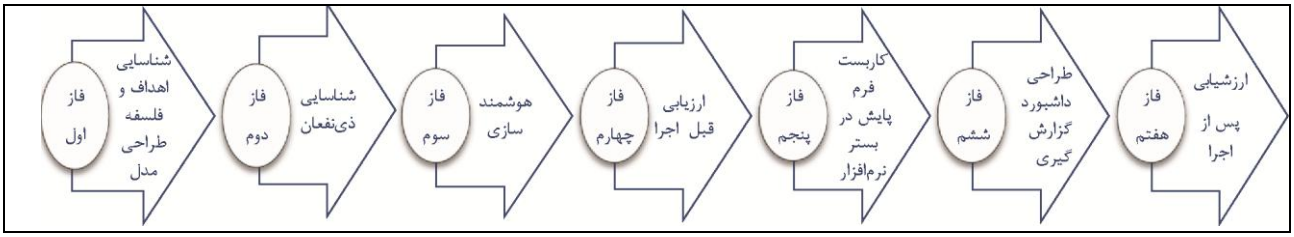
شیوه‌های رایج پایش مراکز بهداشتی درمانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، از مدل علمی پیروی نمی‌کند و از هیچ مدل ملی و بین‌المللی نیز استفاده نمی‌کند و تاکنون هیچگونه مدل یکپارچه و جامعی برای نظارت در کشورمان طراحی و تدوین نشده است، به‌طوری‌که درسال ۱۴۰۰ درسطح وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی این خلأ احساس شده و جهت این امراقداماتی برای استقرارمدل نظارت برعملکرد مراقبت‌های بهداشتی در بستر سامانه سیب در دست اقدام است. در این راستا تعیین ابعاد مختلف و بررسی وضعیت آن در جهت شناخت نقاط ضعف و قوت و اقدام در جهت اثربخش کردن این فرآیند مهم مدیریتی، بسیار ضروری است؛ لذا به‌منظور بهبود عملکرد کارکنان و ارتقا کارایی و اثربخشی مراقبت‌های اولیه بهداشتی، انجام این پژوهش باهدف طراحی و به‌کارگیری مدل بررسی وضعیت پایش عملکرد در نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه استان مرکزی انجام گرفت. اصلاح فرایند پایش‌های سطوح ارائه خدمات دراین طرح مدنظر بوده است.

## روش‌ها

مطالعه حاضراز نوع کاربردی بوده و به صورت کیفی انجام شد، روش‌های کیفی به کاررفته در این مطالعه عبارت بودند از:

**بررسی متون:** به‌منظور آشنایی بانحوه ارزیابی PHC، در پایگاه‌های اطلاعاتی Pubmed، WHO، Sid، Google Scolar جستجوی هدفمند با کلیدواژه‌های Primary Health Care، Monitoring، Need Assesment، سیستم اطلاعات پایش، ارزیابی انجام شد.

**اجرای تکنیک اجماع خبرگان:** تکنیک اجماع خبرگان درمرحله طراحی پیش‌نویس فرم جدیدپایش و در مرحله نهایی‌سازی این فرم استفاده شد. خبرگان معاون بهداشتی، معاون فنی، مدیران و رؤسای گروه‌های ستاد استان بودند که پایش و نظارت برسطوح محیطی را برعهده داشتند.(۱۵نفر). این افراد سابقه بالاتر از ۲۰ سال فعالیت درحوزه‌های ستادی بهداشت و به‌عنوان ذی‌نفعان کلیدی این برنامه محسوب می‌شدند. این مرحله ازطریق مصاحبه نیمه ساختاریافته با سؤالات باز انجام شد.




**نمودار ۱- مراحل طراحی و کاربست مدل فرایندی پایش عملکرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی**



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21 ]

[ DOI: 10.22034/7.1.6 ]

**شش فاز اجرایی طراحی فرم پـایش در بسـتر اتوماسـیون اداری عبارتند از:**

**فازاول: شناسایی اهداف و فلسفه طراحی فرم پایش:** برای شناسایی اهداف باتوجه به دستورالعمل‌های وزارتی و فرایند نظـارت، فـرم در قالـب وضعیت موجود، نقاط ضعف، پیشنهادهای اصلاحی با زمانبندی مشـخص برای اصلاح هرپیشنهاد، طراحی شد.

**فازدوم: شناسایی ذی‌نفعان:** همه افرادی که تحت نظارت قرار می‌گیرند شامل: بهورز در خانه‌های بهداشت،کارشناس مراقب سلامت در پایگاه‌های سلامت، کارشناس ناظر مراکز جامع خدمات سلامت و پزشک مراکز جامع خدمات سلامت می‌باشند.

تمامی واحدهایی که کار نظارت را انجام می‌دهند شامل: گروه بهداشت خانواده/ بیماری‌های واگیر/ بیماری‌های غیرواگیر/ تغذیـه/ گسـترش شـبکه/ آموزش سلامت/ آموزش بهـورزی/ جوانـان، نوجوانـان و مـدارس/ بهداشـت دهان و دندان/ بهداشت محیط/ بهداشت حرفه‌ای/ بهداشت روان می‌شوند.

**فازسوم: هوشمندسازی فـرم پـایش:** دراین فازمکاتبـات و جلسـات حضوری با واحد فناوری اطلاعات دانشگاه بـرای الکترونیـک کـردن فـرم پایش انجام شد. دراین مرحله فنـاوری دانشـگاه فـرم پـایش را در بسـتر اتوماسیون اداری طراحی کرد. نرم‌افزار اتوماسیون اداری تحـت وب اسـت. قابلیت پیاده‌سازی/ارتباط با سامانه‌های سطح یـک (سـیب، سـینا، نـاب و پارسا) دارد. پورتابل بودن، سادگی، سرعت، امنیـت، بـه‌روزرسـانی، ایجـاد دسترسی از ویژگی های نرم افزاراست. به‌کارگیری اتوماسیون موجب شـد که این فرم از پراستفاده‌ترین فرم‌های سازمان بوده و رضایتمندی همکاران را در پی داشته باشد.

**فازچهارم: ارزیابی قبـل اجـرا:** ارزیـابی فـرم طراحـی شـده در بسـتر اتوماسیون اداری توسط کاربران انجام گرفت و پس از مشخص شدن نقاط ضعف و اصلاح پیش‌نویس اولیه، نسخه نهایی به‌دست آمد.

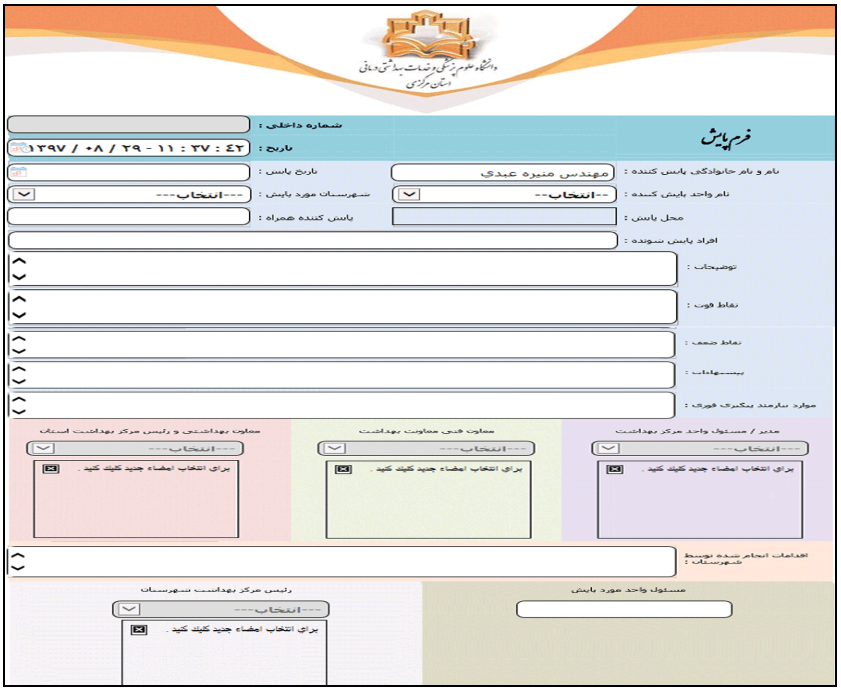
**اجزای موجود در فرم پایش:** نام و نام خانوادگی پایش‌کننـده اصـلی و همراهان، واحد پایش‌کننده، شهرستان و محل مورد پایش، تاریخ پـایش، نام و نام خانوادگی افراد مـورد پـایش، توضـیحات، نقـاط قـوت و ضـعف، پیشنهادها، موارد نیازمند پیگیری فوری توسـط کارشـناس پـایش‌کننـده اصلی تکمیل و جهت امضاء برای مسئول یا مدیر واحد پایش‌کننده ارسال می‌شود.

**جدول ۱- مشخصات و شناسنامه نرم‌افزار پایش و ارزشیابی مورد استفاده در دانشگاه علوم پزشکی اراک**

| مشخصات مورد نظر نرم افزار | توضیحات |
|---|---|
| نام نرم‌افزار/ اپلیکیشن | فرم پایش در اتوماسیون اداری تعریف شده است. |
| هزینه تولید/ راه اندازی، آموزش و پشتیبانی سالیانه نرم‌افزار | هزینه پشتیبانی سامانه اتوماسیون اداری دانشگاه به صورت کامل و جامع برای کـل اسـتان محاسبه می‌شود و برای فرم پایش به صورت جداگانه هزینه‌ای گرفته می‌شود. |
| مدت اجرا در دانشگاه/دانشکده | از سال ۱۳۹۶ اجرا و به‌کارگیری آن ادامه دارد |
| بستر اجرایی و نیازهای نصب و اجرای برنامه (مانند ویندوز، تحت وب بودن، شبکه‌ای بودن و....) | نرم‌افزار اتوماسیون اداری تحت وب است. |
| قابلیت پیاده‌سازی/ ارتباط با سامانه‌های سطح یک (سیب، سینا، ناب و پارسا) | قابلیت پیاده‌سازی/ ارتباط با سامانه‌های سطح یک (سیب، سینا، ناب و پارسا) دارد. |
| قابلیت ارتباط با دیگر بانک‌های اطلاعاتی شبکه و سامانه های وزارت متبوع (لینک به PHC Hub و سامانه وزارت بهداشت، پورتال شـبکه، رصـدخانه سـلامت، سـامانه‌هـای نظام پرداخت، سامانه پایش سازمان بیمه سلامت و...) | این نرم‌افزار از طریق وب سرویس و ماژول‌های مربوطه قابلیت اتصال به سایر نـرم‌افزارهـا را دارا می‌باشد. |
| قابلیت اجرای نرم‌افزار در تلفن همراه و تبلت | دارد |
| سطوح استفاده از نرم‌افزار در نظام شبکه (سطوح محیطی و ستادی) | سطوح محیطی وستادی |
| امکان تبادل داده، گزارش‌گیری و خروجی شاخص (ایجاد داشبورد) | دارد |
| کاربران نرم‌افزار در دانشگاه/ دانشکده | کارشناس ستاداستان وشهرستان |
| حوزه مدیریتی بهره‌بردار از نرم‌افزار ( بهداشت و دفاتر مربوطه، درمان، مالی و ....) | بهداشت/دفاتر/درمان |
| نحوه کاربرد نرم‌افزار (پایش‌های برنامه‌ها و عملکرد سـطوح، گـزارش‌هـای مـدیریتی، پرداخت‌های مالی و...) | پایش‌های برنامه‌ها و عملکرد سطوح، گزارش‌های مدیریتی، |
| سایرمشخصات نرم‌افزار (پورتابل بودن، سادگی، سرعت، امنیت، بـه‌روزرسـانی، ایجـاد دسترسی و...) | پورتابل بودن، سادگی، سرعت، امنیت، به‌روزرسانی، ایجاد دسترسی |
| محدویت‌های‌های نرم‌افزار | محدودیت خاصی ندارد قابلیت اضافه کردن و تغییرات مدنظر وجود دارد. |
| به‌کارگیری برنامه در مدیریت و کنترل همه‌گیری کووید-۱۹ | تمامی پایش‌ها و نظارت‌ها در برنامه‌ها ازجمله کووید-۱۹ در قالب این فرم ارسال می‌شود. |
| درصد رضایت از عملکرد نرم‌افزار در نظام پایش و ارزشیابی دانشگاه | فرم درحال‌حاضر از پراستفاده‌ترین فرم‌های سازمان می‌باشد و رضایتمندی همکـاران را در پی داشته است |

[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21 ]

[ DOI: 10.22034/7.1.6 ]




**شکل ۱- مدل نهایی طراحی شده جهت فرم پایش**

امضا و تأیید فرم توسط معاونت فنی و معاونت بهداشتی انجام می‌گیرد.

فرم در دبیرخانه ثبت صادره شده و برای رئیس مرکز بهداشت شهرستان مورد پایش ارجاع می‌شود.

کارشناسان مورد پایش می‌بایست اقداماتی را که انجام داده‌اند در فیلد مربوطه وارد کرده و مجدد برای واحد پایش‌کننده ارسال کنند.

**فاز پنجم: کاربست مدل در بستر نرم‌افزار:** این مدل پایش ازسال ۱۳۹۶ توسط ناظران استانی و شهرستانی برای پایش برنامه‌های PHC به‌کارگیری شده و پسخوراند گزارش‌های نظارتی در چارچوب این مدل ارسال می‌شود.

**فاز ششم: داشبورد گزارش‌گیری:** داشبورد گزارش‌گیری از فرم پایش برای مدیریت برنامه پایش طراحی شد. (شکل‌های ۲ و ۳) و (جدول ۲). خروجی‌ها به تفکیک اهداف مورد نظر، استخراج می‌شود گزارش‌های پایش باتوجه به تصاویر به تفکیک شهرستان‌ها از (الف تا د) گزارش‌گیری می‌شود و همچنین گزارش‌هایی براساس گروه‌های پیش‌بینی‌شده در ساختار معاونت بهداشتی برای مثال: تغذیه بیماری‌های واگیر، آموزش سلامت و.... انجام می‌شود. گزارش‌های کسب شده از داشبورد در مقاطع زمانی مختلف برای تصمیم‌گیری مدیریتی استفاده می‌شود.




**شکل ۲- داشبورد گزارش‌گیری**



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21 ]
[ DOI: 10.22034/7.1.6 ]




**شکل ۳- داشبورد گزارش‌گیری**

**جدول ۲- گزارش سالیانه تعداد موارد پایش انجام یافته از سال ۹۶ تا ۱۴۰۰**

| شهرستان | سال ۹۶ | سال ۹۷ | سال ۹۸ | سال ۹۹ | سال ۱۴۰۰ |
|---|---|---|---|---|---|
| الف | ۱۶۸ | ۱۷۸ | ۳۱۱ | ۱۰۶ | ۱۵۶ |
| ب | ۱۵۰ | ۱۵۶ | ۲۵۶ | ۱۲۱ | ۱۴۴ |
| پ | ۱۰۶ | ۱۲۹ | ۱۳۱ | ۱۰۲ | ۱۰۲ |
| ت | ۱۰۵ | ۸۶ | ۱۲۳ | ۹۶ | ۹۳ |
| ج | ۹۴ | ۸۹ | ۸۶ | ۱۱۲ | ۸۳ |
| چ | ۹۴ | ۸۳ | ۸۶ | ۸۲ | ۵۷ |
| ح | ۹۱ | ۷۶ | ۸۵ | ۷۱ | ۷۱ |
| خ | ۹۶ | ۸۶ | ۷۴ | ۷۳ | ۷۱ |
| د | ۹۳ | ۷۸ | ۶۷ | ۶۳ | ۶۲ |

**فازهفتم: ارزشیابی فرم پایش:** دراین مرحله پس از به‌کارگیری فرم پایش، نظرات خبرگان (۹ نماینده از گروه‌ها) به‌منظور ارتقای فرایند پایش بامصاحبه نیمه‌ساختاریافته ازطریق سؤالات باز دریافت شد سؤالات شامل نقاط قوت/ ضعف/ پیشنهادهای اصلاحی بود، که پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA تحلیل مزایا و پیشنهادهای اصلاحی انجام شد و باتوجه به نظرات خبرگان بازنگری درمدل وارتقای آن انجام گرفت. خبرگان مدیران و نمایندگان گروه‌های حوزه معاونت بهداشتی بودند که با مشورت کارشناسان گروه مربوطه نقطه نظرات خود و سایران را جمع بندی و منعکس کردند. در این ارزشیابی به موارد زیر اشاره شد(جدول۳).

## بحث

به دلیل فقدان استراتژی مناسب و نبود یک فرایند صحیح و به ویژه فقدان دسترسی به یک ابزار مناسب برای ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی اولیه، عملکرد این بخش استراتژیک در حوزه سلامت در هاله‌ای از ابهام قرار دارد. نتایج مطالعه حاضر براصلاح فرایند پایش درسطح PHC تأکید دارد. دراین مطالعه فرایند پایش به لحاظ ساختاری درقالب نقاط قوت/ نقاط ضعف/ پیشنهادها برای اصلاح نواقص، طراحی شد. براساس یافته‌های پژوهش علیزاده و همکاران در مورد موانع خدمات با کیفیت بهداشت باروری در ایران، کارکنان ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت، نظارت‌ها را ضعیف و غیرحمایتی توصیف کردند .آنها اظهار داشتند که ناظران به جای حمایت و راهنمایی، بیشتر بر نقاط ضعف عملکرد تمرکز می‌کردند(۱۹). که نتایج مطالعه علیزاده نیاز به اصلاح فرایند پایش را مشخص می‌کند که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در مطالعه دانش کهن و همکاران مهمترین ویژگی بازخورد سازنده را ابتدا در تعیین نقاط قوت و سپس زمینه‌هایی که نیاز به بهبود دارند بیان می‌کنند، که منجر به تقویت اعتمادبه‌نفس درکارکنان می‌شود. پیشنهاد نظارت‌کنندگان برای بهبود کیفیت فرآیند نظارت نیز تأییدکننده وجود این مشکلات می‌باشد. نتایج این مطالعه برارتقای فرایند و در نظرگرفتن نقاط قوت در آن و پیشنهادهای اصلاحی تأکید دارد که با اهداف کاربردی و اصلاحات انجام یافته درفرایند پایش مطالعه کنونی همخوانی دارد(۱۸).



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21 ]
[ DOI: 10.22034/7.1.6 ]

**جدول ۳- مزایا و پیشنهادهای کاربست مدل فرایندی پایش عملکرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی**

| مزایا/پیشنهادها | عناوین | تعداد افراد |
|---|---|---|
| مزایا | امکان مشاهده اقدام شهرستان برپیشنهادهای اصلاحی | ۵ |
| | طراحی ساختار استاندارد گزارش پایش ( نقاط قوت ـ نقاط ضعف ـ پیشنهادها) | ۴ |
| | گردش الکترونیک فرم در سازمان ومشاهده آن تاسطوح محیطی | ۳ |
| | امکان ارسال سریع گزارش از طریق اتوماسیون به مسئولان و افراد مورد پایش | ۳ |
| | امکان دسترسی سریع‌تر به تعداد بازدیدهای انجام شده | ۲ |
| | امکان گزارش‌گیری به اشکال مختلف | ۲ |
| | امکان مقایسه همزمان اشکالات و پیگیری و اقدامات انجام شده توسط شده | ۲ |
| | ایجاد سطوح مختلف دسترسی به گزارش‌ها در سطوح مدیریت و کارشناسان | ۲ |
| | استفاده از تکنولوژی و نوآوری | ۱ |
| | امکان پیوست کردن بازبینه تکمیلی و فرم‌های مربوطه | ۱ |
| | امکان مقایسه سطوح نظارتی با ابزار یکسان | ۱ |
| | انتخاب خودکار واحد مورد پایش | ۱ |
| | پایش‌های الکترونیک می‌تواند یک سند از عملکرد شهرستان ـ مرکز جامع | ۱ |
| | صرفه‌جویی در مصرف کاغذ | ۱ |
| | عدم مخدوش و یا مفقود شدن گزارش بازدید | ۱ |
| | عدم نیاز به بایگانی و نگهداری فرم کاغذی | ۱ |
| | عدم نیاز به نامه‌نگاری | ۱ |
| | قابل تفکیک بودن پایش از دیگر مکاتبات اداری در اتوماسیون | ۱ |
| پیشنهادها | امکان خروجی گرفتن(پرینت) از گزارش بازدید لحاظ گردد. | ۳ |
| | اختصاص فضای کافی جهت درج گزارش بازدید | ۳ |
| | ایجاد دسترسی گزارش‌گیری(داشبورد) جهت کلیه کاربران | ۱ |
| | گسترش دسترسی به سایر معاونت‌های دانشگاه | ۱ |
| | تأکید بر الزام به پاسخ‌دهی و مسئولیت مدیر شهرستان | ۱ |
| | جمع‌بندی نقاط ضعف، طراحی مداخله منطقه‌ای و استمرار نقاط قوت واجرایی شدن پیشنهادها در سطح مدیریت | ۱ |
| | در سطح شبکه مدیر برای هماهنگی بین‌بخشی با معاونت‌ها، اقدامات ضروری با تعیین شبکه علیت را برنامه‌ریزی و ارزشیابی کنند. | ۱ |
| | به عنوان فرایند تکمیلی، جمع بندی نقاط قوت و ضعف هر واحد به صورت فصلی و مداخلات ستادی برای رفع نواقص در سطوح مختلف در شهرستان در کمیته‌های ستادی استان و شهرستان توصیه می‌شود. | ۱ |

در مطالعه دانش کهن و همکاران به وجود مشکلات ساختاری در فرآیند نظارت، دوباره کاری، عدم توجه مسئولان به نتایج نظارت، توقف فرآیند رسیدگی به نتایج نظارت در سطوح بالاتر مدیریتی و عدم پیگیری از طرف مرکزاشاره شده است که درمطالعه حاضر دربخش مزیت‌های مطرح شده توسط خبرگان به این نکات اشاره شده است (۱۸).

از دیدگاه مرکز علوم مدیریتی سلامت، یکی از پیش نیازهای اساسی برای انجام درست نظارت، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی فرآیند نظارت می‌باشد. این موضوع با مراحل اجرایی طراحی فرم پایش درمطالعه کنونی مطابقت دارد. ملکی و همکاران گزارش کردند که شیوه‌های رایج ارزیابی عملکرد مراکز بهداشتی درمانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از مدل علمی پیروی نمی‌کند. در مطالعه Bitton و همکارانش ابزاری که معرفی و توصیف شد، یک چارچوب مفهومی جدید از عملکرد سیستم PHC بود که بر ارائه خدمات، بهبود چارچوب‌های سنتی موجود تأکید داشت(۱۵). همچنین فرح آبادی و همکاران نیز در مراکز بهداشتی درمانی شهری منتخب شهرستان اصفهان، مشخص کردند که کسب اطمینان از بهترین ارائه عملکرد خدمات بهداشتی درمانی مستلزم ارزیابی عملکرد مراکز بهداشتی درمانی است و بدین ترتیب مدیران می‌توانند در جهت ارتقای کارایی این مراکز تلاش کنند و اصلاحات لازم را به انجام برسانند(۱۷). بنابراین بر لزوم طراحی الگوی مناسب برای ارزیابی عملکرد مراکز بهداشتی درمانی تأکید می‌شود، که با فلسفه اقدام مداخله‌ای انجام شده مطابقت دارد.

درمطالعه شیروانی با موضوع مروری بر مدل‌های ارزیابی عملکرد سیستم‌های بهداشتی و درمانی، در هرکشوری به تناسب ساختار سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و بر مبنای اهداف مورد انتظار از نظام سلامت نیاز به طراحی الگوی ارزیابی عملکرد می‌باشد(۱۴). مطالعه جهان مهر و همکاران به بررسی یک چارچوب مفهومی به واسطه شناسایی حوزه عملکردی معاونت‌های بهداشتی پرداخت(۲۰). مطالعه Fekri با موضوع «ارزیابی عملکرد سیستم سلامت در منطقه اروپایی سازمان بهداشت جهانی» نشان داد بیشتر ارزیابی‌های عملکرد مراقبت‌های اولیه با سیستم‌های اطلاعاتی معمول و اولویت‌های سلامت ملی پیوند ضعیفی دارند(۱۳). در مطالعه



[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21 ]

[ DOI: 10.22034/7.1.6 ]

علی محمدزاده و همکاران مشخص شد توسعه و به‌کارگیری فناوری اطلاعات در بخش سلامت، تحول بزرگی در نظام ارائه خدمات خواهد داشت(۲۱).

در مطالعه علیزاده به اثر نظارت‌ها بربهبود کیفیت ارائه خدمات اشاره شده است که سیستم نظارتی قوی منجر به بهبود کیفیت خواهد شد. نتایج ارزیابی که بر روی کیفیت خدمات در مراکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی با استفاده از تکنیک cerqual توسط شراهی و همکاران در این دانشگاه انجام گرفت(۲۲) نشان داد، رضایت از خدمات افزایش یافته است. همچنین براساس نظرسنجی پیامکی از مراجعین دریافت‌کننده خدمت، که در سامانه سیب ثبت می‌شود، درصد رضایتمندی مراجعان در سال‌های اخیر بالای ۹۷ درصد بوده است. این نتایج متأثر از افزایش تعداد نظارت‌ها از سال ۱۳۹۶ به بعد و ارائه گزارش‌های پایش درجلسات مدیریتی به صورت فصلی بوده است، که در آن شهرستان‌ها وگروه‌ها براساس این نتایج مورد ارزیابی ومقایسه قرار می‌گیرند که با اقدامات اصلاحی براساس نظارت‌های انجام شده و پیگیری برای اجرای پیشنهادهای اصلاحی منجر به بهبود شاخص‌های بهداشتی شده است واین امر منجر به کسب نمرات ارزیابی انطباق بسیارمناسب در سال‌های اخیردرسامانه کشوری برنامه عملیاتی وزارت بهداشت که برمبنای برنامه‌های ابلاغی تدوین شده، گردیده است.

## نتیجه‌گیری

نظارت و پایش، فعالیتی هدفمند است که توسط مدیر با هدف تنظیم عملکردهای مختلف برای رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده استفاده، و با به‌کارگیری روش‌ها و ابزارهای استاندارد، اعمال می‌شود. باتوجه به اینکه ساختاری در نظام بهداشت و درمان ایران به وجود آمده که تولیت و مسئولیت پایش و ایجاد هماهنگی‌های لازم برای ارتقای شاخص‌ها را برعهده دارد، که درسطح استان‌ها، تحت عنوان معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی شناخته می‌شوند و با توجه به اینکه مطالعات صورت گرفته در ایران، بر وجود ضعف مفرط در نظام ارزیابی در عرصه مراقبت‌های بهداشتی اولیه تأکید دارند، بنابراین برلزوم اجرای مداخلات مناسب دراین زمینه تأکید می‌شود. همچنین هوشمندسازی و الکترونیکی کردن فرآیند پایش عملکرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی پیشنهادمی شود.

## ملاحظات اخلاقی

در طول پژوهش حاضر، تمامی ملاحظات اخلاقی نظیراصل محرمانگی، امانت و صداقت در هنگام جمع‌آوری و انتشارداده‌ها رعایت شده است. باتوجه به کیفی بودن مطالعه حاضراطلاعات هویتی صاحب نظران درنزد نویسندگان محفوظ است.


## حمایت مالی

مطالعه حاضر بدون حمایت هیچ سازمانی انجام شد.


## تضاد منافع

نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافع وجود ندارد.


## تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تشکر از تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری کردند را اعلام می‌کنند.


## منابع


1. Barbazza E, Kringos D, Kruse I, Klazinga NS, Tello JE. Creating performance intelligence for primary health care strengthening in Europe. BMC Health Serv Res 2019 Dec 27; 19(1): 1006.
2. World Health Organization. Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. Geneva: World Health Organization; 2019.
3. Bitton A, Ratcliffe HL, Veillard JH, Kress DH, Barkley S, Kimball M, et al. Primary health care as a foundation for strengthening health systems in low-and middle-income countries. J Gen Intern Med 2016 Dec 9; 32(5): 566-71.
4. Moradi R, Nemati A, Bahman ZN, Shokri A, Mohammadi M, Soltantajiyan A. Effect of accreditation on the health services delivering in university hospitals of Isfahan. Journal Of Health Management 2015; 6(3): 67-76. [In Persian]
5. Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny MP, Wagstaff A. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. PLoS Med 2014 Sep 22; 11(9): e1001731.
6. Tabrizi J, Gholamzadeh NR. Validation of Primary Health Care Governance Model of Iran Using the Delphi Method.Hakim Research Journal 2019; 3(86): 164-180. [In Persian]
7. Kok MC, Vallières F, Tulloch O, Kumar MB, Kea AZ, Karuga R, et al. Does supportive supervision enhance community health worker motivation? A mixed-methods study in four African countries. Health Policy Plan 2018; 33(9): 988-98.
8. Bradley S, Kamwendo F, Masanja H, de Pinho H, Waxman R, Boostrom C, et al. District health managers' perceptions of supervision in Malawi and Tanzania. Hum Resour Health 2013 Sep 5; 11(43): 1-11.
9. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016.
10. Heidari A, Kabir MJ, Jafari N, Gashti AB, Honarvar MR, Lotfi M. The relationship between the dimensions of job burnout with workplace physical environment and facilities among health workers in Golestan province. Journal of Health in the Field 2016; 2(4): 35-42. [In Persian]
11. Khan S, Yairi T. A review on the application of deep learning in system health management. Mech Syst Signal Process 2018 July; 107: 241-65.


[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21 ]

[ DOI: 10.22034/7.1.6 ]

12. Maele NV, Xu K, Soucat A, Fleisher L, Aranguren M, Wang H. Measuring primary healthcare expenditure in low-income and lower middle-income countries. BMJ Glob Health 2019 Feb 20; 4(1): e001497.
13. Klazinga N. Health system performance assessment in the WHO European Region: which domains and indicators have been used by Member States for its measurement? Geneva: World Health Organization; 2018.
14. Nasrollahpour Shirvani SD. A review of health systems performance assessment models. Clin Exc 2016; 5(2): 98-116. [In Persian]
15. Maleki M, Nasrollahpour Shirvani SD, Motlagh M, Tofighi S, Kabir M, Jafari N. Necessity of reviewing common performance evaluation methods in vice-chancellery for health of universities/schools of medical sciences in Iran.Hakim Research Journal 2011; 14(1): 50-56. [In Persian]
16. Karimi A, Maleki M, Khorshidi A. The Effectiveness of Supportive Supervision Training on Supervisory Team's Performance in Health Centers in Ilam Province . Journal of Ilam University of Medical Sciences 2014, 22(4): 165-170. [In Persian]
17. Farahabadi S, Yousefi M, Bahman Ziari N, Fereydooni F, Fazaeli S. Analysis of efficiency of health care centers of Isfahan University of Medical Sciences. Journal of Hospital 2014; 10(1): 35-43. [In Persian]
18. DaneshKohan A, Foruzanfar F, Zarei E, Ramezankhani A, Damiri S. Supportive supervision in health centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences .Journal of Health in the Field 2019; 7(2): 32-44. [In Persian]
19. Wahlström R, Vahidi R, Nikniaz A, Marions L, Johansson A. Barriers to high-quality primary reproductive health services in an urban area of Iran: views of public health providers. Midwifery 2009; 25(6): 721-30.
20. Jahanmehr N, Rashidian A, Khosravi A, Farzadfar F, Shariati M, Majdzadeh R, et al. A conceptual framework for evaluation of public health and primary care system performance in Iran. Glob J Health Sci 2015; 7(4): 341.
21. Mohagheghi M, Akhlaghdoust M. Intelligent Communication and Information Management Systems in the Health System of Iran. Iran J Cult Health Promot 2022; 5(4): 448-54 .[In Persian]
22. Sharahi N, Taheri M, Moradzadeh R. Economic Inequality in the Healthcare Quality and its Decomposition: Unequal distribution of Healthcare Quality. Bioethics and Health Law Journal 2022; 2(1): 1-8 (e6).

**Original**

# Application of a Process Model for Monitoring the Performance of Primary Health Care

Nahid Chazani- Sharahi[1], Khalil Alimohammadzadeh[2*], Javad Nazari[3], Ali Alimohammadi[4], Abbas Esmaili[5]

1. PhD student in Health Services Management, Islamic Azad University, North Tehran Branch, Tehran, Iran.
2. ∗**Corresponding Author:** Professor, Department of Health Services Management, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Economics Policy Research Center, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran, Alimohamadzadeh@iautmu.ac.ir
3. Assistant Professor of Pediatrics, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
4. Assistant Professor of Forensic Medicine and Toxicology, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
5. General Medicine, Technical Deputy of Provincial Health Center, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

## Abstract

**Background:** Measuring the performance of the Primary Health Care (PHC) system is the first vital step to identify areas for reforms. Therefore, this study was conducted with the aim of application of a PHC performance monitoring process model in selected centers of Markazi Province.

**Methods:** This research was a qualitative applied study. The evidence related to measuring the performance of primary health care was extracted by conducting an extensive review of the literature. Subsequently, the primary health care monitoring model was designed with a semi-structured interview through open questions with the consensus of experts. The proposed model was evaluated before and after implementation.

**Results**: The seven-phase primary health care performance monitoring process model was designed and used on the web. This model has a reporting dashboard for management decision-making.

**Conclusion:** In view of the fact that the common methods of monitoring health care centers in medical sciences universities of the country do not follow the scientific model, it is necessary to determine the various dimensions in this regard, and to examine their status in order to recognize weaknesses and strengths and take action to make this important management process more effective.

**Keywords:** Health Care Outcome and Process Assessment, Iran, Primary Health Care, Work Performance

[ Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-21 ]

[ DOI: 10.22034/7.1.6 ]